



A PATOGENIA DA  
ENDOMETRIOSE E A BIOTIPOLOGIA



# A PATOGENIA DA ENDOMETRIOSE E A BIOTIPOLOGIA

Por *Martim Gomes, P.F.M.P.A; M.C.B.C.; etc.*

1.º — As classificações biotipológicas, em geral, pouca utilidade oferecem ao diagnóstico e tratamento, além da orientação geral das duas ectípias fundamentais, em que se exprime o antagonismo morfológico-ponderal. Estão longe de significar a aplicação de uma inspeção metodizada. As silhuetas admitidas e descritas são pouco numerosas, e não apresentam relações claras com tendências a moléstias ou grupos de moléstias. Aspiram a ser esquemas especulativos, ou arbitrárias modalidades de aspectos físicos.

A classificação que adoto separa, antes de tudo, três categorias: 1) silhuetas *mórbidas*, 2) *sãs*, e 3) *intermediárias* ou *submórbidas*. (Fig. 1).

As *mórbidas* ou ENFÉRMAS se dividem em tôdas as morfologias que caracterizam as deformações ou displasias.

As *submórbidas* ou SUBNORMAIS aludem a tendências a três grupos nos quais se podem dividir aquelas doenças: doenças por excesso, por falta de desenvolvimento ou por intersexualidade. Daí as três categorias: *atléticas*, *hipoplásicas*, e *intersexuais moderadas*.

As *sãs* ou NORMAIS, não mostrando sinais bem claros de tendências a deformações reveladoras de moléstias, dividem-se em BREVILÍNEAS e LONGILÍNEAS, cada uma destas em HIPERFEMINÍS e HIPOFEMINÍS, e estas duas últimas em várias subcategorias.

Em resumo:

ENFÉRMAS...	{	gigantes		
	{	anãs		
	{	disgenitais etc.		
SUBNORMAIS	{	atléticas		
	{	hipoplásicas		
	{	intersexuais		
NORMAIS...	{	brevilíneas	{	estênicas
	{	longilíneas	{	astênicas
			{	hiperfeminís
			{	hipofeminís



Fig. 1.: Esquema da morfologia feminina; em cima, as NORMAIS, com a Vênus de Milo como cânon aproximado; no centro, as ENFERMAS, com uma estátua russa como aproximação do desvio, a Terra Negra; em baixo, as SUBNORMAIS, com a Amazona por cânon, como um desvio em polo oposto ao da Terra Negra: (esta com excesso de desenvolvimento na parte inferior, e aquela na parte superior do corpo.)

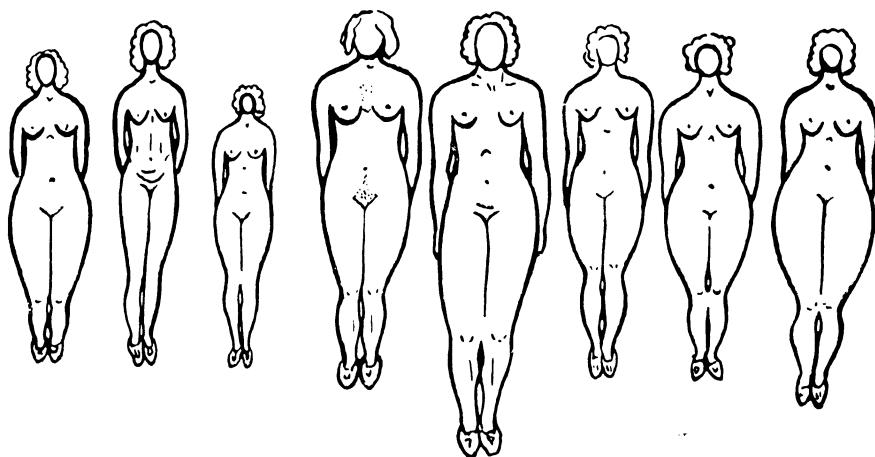


Fig. 1 A: a disposição horizontal das silhuetas morfológicas da figura 1 permite melhor apreciar as diferenças entre elas.

Se nós, porém, reunirmos um certo número de HIPOPLÁSICAS, por exemplo, e, com um critério prático e clínico, examinarmos metodicamente tôdas elas, veremos que, conforme a semelhança com certos tipos de infantilismo, elas podem ser *hipoplásicas*, tireoideanas, pituitáricas, hipogenitais, essenciais ou de subnutrição, hiposuprarrenais, etc. O mesmo se dá com as *hiperfeminis*, estênicas ou astênicas, quer tenham tendência brevilínea ou longilínea, etc. *Quer isso dizer que é preciso chegar à fase das subdivisões mais numerosas, sem arbitrariedade, para encontrar o plano útil da realidade clínica e prática.* As hiperfeminis brevilíneo-estênicas hipercorticais, por exemplo, constituem uma das muitas subcategorias em que se divide o grupo das hiperfeminis brevilíneo-estênicas.

Aponto êsse subtipo, porque é precisamente êle um dos que mais nos interessam, neste estudo.

O COMPLEXO CLÍNICO que, sob o nome de complexo lúteo-anovular, também antecipadamente apontarei aqui, nada mais é do que uma forma particular de alteração do corpo lúteo. Êsse complexo LÚTEO + ANOVULAR é um conjunto que mostra, aberto o ventre, um ovário liso, sepultado em tecido de aderências, e o outro transformado numa tumoração também bloqueada por aderências firmes, com manchas amarelas, numa paciente sem manifestação atual de outro sinal de infecção possível, e com útero pouco aumentado.

Quando, em 1936, publicando o meu estudo sobre o = PROBLEMA CLÍNICO DA ENDOMETRIOSE =, (resumidos em 1937 página 472 de "Surgery gynecology and obstetrics", maio, Supplementary) e ao comentar as idéias de A. CURTIS sobre lesões obstrutivas do útero, eu deixei ali consignadas estas notas:

6) O refluxo através da trompa, produzido pela obstrução, pode ser a causa de adenomiose, do útero, endometriose pélvica, e inflamações da pelve. Não transpondo a trompa, poderia o refluxo dar polipos. A retenção poderia também ocasionar o câncer.

Não obstante as razões aí alegadas por Curtis, a ordem dos fatores nem sempre parece ser essa; quero dizer que nem sempre é a

estricтура inflamatória, terapêutica ou mecânica que dá a adenomiose. Mas que às vezes a causa é a adenomiose, e o efeito a estricture.

Também o refluxo através da trompa nem sempre dá facilmente a endometriose. Encontram-se, frequentemente, abdômens com todos os sinais de repetido refluxo, como o epiploon enegrecido, em obstruções antigas, sem nenhum sinal de endometriose.

As microfotografias do registro 3018 mostram os cortes feitos na base de uma formação polipóide recente e pequena como um grão de milho, onde aparecem os elementos musculares em pequenos feixes entre os quais e ao lado dos quais se encontram claras formações glandulares.

A história clínica é expressiva. A paciente é hiperfeminil levemente brevilínea, e com leve hipercorticalismo tardio. Múltipara hiperfecunda, tendo diversos filhos e uma longa história de abortos provocados, sem nunca ter tido infecção de importância. Nestes últimos meses houve episódios hemorrágicos e dolorosos que necessitaram a curetagem, sem entretanto serem encontradas células ou vilosidades coriais. Ao contrário, na última vez, a-pesar-da hemorragia já se ter arrastado por quase um mês sem parada maior que um ou dois dias, a raspagem demorada e metódica nada recolheu, senão sangue e células de glândulas da basal, e isso mesmo escasso. Essas, como as anteriores, foram panresistentes ao tratamento atual das hemorragias funcionais, incluídas as gonadotropinas e as testosteronas.

Cerca de dois meses depois, passada uma menstruação abundante mas normal, tendo voltado, nas proximidades da época, uma hemorragia com dôres e coágulos abundantes, foi realizada a histerectomia subtotal e conservados os dois ovários, a-pesar-de apresentar um deles pequenos cistos sanguinolentos. Leve edema uterino, útero levemente aumentado.

Essas lâminas 3018 mostram a base da formação polipóide constituída por um entrelaçamento de fibras musculares, glândulas, e tecido citogênico, sendo a formação muito pequena e recente. Por outro lado, veja-se o epitélio de revestimento recente e as glândulas jovens, proliferantes, e, portanto, com as condições para pegarem no enxerto de implantação. A estricture não é a causa mas é antes causada pela endometriose, ou pelo menos concomitante com a adenomiose.

Logo, a-pesar-de que a endometriose, segundo alguns têm observado, prefere as pacientes com hipoplasia, neste caso, que é de uma hiperfeminil, e portanto com vigor luteínico, o broto de adenomiose primitiva permitiria aparecerem as condições de implantação. Também a heterotopia pode facilitar a adenomiose, e esta a implantação extrauterina, a-pesar-da constituição da paciente não a privar do corpo lúteo, por não ter hipoplasia.

Outras vezes é pela inflamação, que se explica como se pode realizar a implantação de elementos vitalizados, capazes de pegarem, a-pesar-de que ficou aumentada a influência do corpo lúteo. Ficaram edemaciados o útero e os ovários. O corpo lúteo, preso em aderências de inflamação puerpério-gonorréicas, manifestou irregular transformação secretória. Essa escassez da modificação secretória (2617) se dá mesmo quando o endométrio hipertrofiado, e às vezes com retardamento das regras, mostra uma maturação descontínua, permitindo encontrar-se na periferia ou no fundo da mucosa tratos de retalhos de glândulas em proliferação, e portanto capazes de ser a fonte de brotos com vitalidade. Na hipertrofia com fase secretória, o broto fértil é raro.

Examinando as lâminas ou as microfotografias 2494, pode-se verificar êsse conjunto histopatológico, em hipertrofia do endométrio secretante. Ao contrário, as condições da alteração do endométrio, que frequentemente aparecem como breves períodos de alguns meses, correspondendo a reinfecções ou a exacerbações passageiras, permitem que num biótipo hiperfeminil se constitua a condição de surto adenomiosico e de implantação extrauterina, verificando-se, dessa forma, a possibilidade, no mesmo indivíduo, da comprovação das teorias *mucosa, heterotópica*, e da *propagação por continuidade*. Quero dizer que os cortes em série e a minuciosa observação clínica mostram que *é possível* todo êsse conjunto no mesmo indivíduo, por via do endométrio proliferante. Durante êsse breve período, *quanto à vitalidade de epitélio implantável*, a hiperfeminil, (da categoria das normais) na minha classificação, passa por um estado idêntico ao do epitélio das mulheres hipoplásicas, atléticas ou intersexuais, em grau acentuado, que as aproxima das displasias ou enfermidades endócrinas. (Essas três categorias pertencem ao grupo das fronteiriças ou subnormais, da minha classificação.)

Nesses casos *de passagem adaptação do epitélio ao enxerto*, o operador pode encontrar um conjunto de alterações que exprimem essa preparação: os ovários estão velados por aderências firmes que os escondem, as trompas em caminho de fechar-se ou já fechadas, e um dos ovários, ao ser descolado, mostra, na sua parede espessada, extensas manchas amareladas, sinal de alguns surtos de antigos corpos lúteos. Antes do processo fechar as trompas, houve a fase em que a implantação foi possível, conforme a teoria de Sampson. Depois que ela se fez, no ovário, já o fechamento tubário não evita a disseminação da moléstia: o ovário e a parte livre da trompa podem continuar a difusão do processo.

Mas tudo isso é a possibilidade da teoria de Sampson, e não a sua verificação. O que os fatos permitem verificar não é a confirmação da teoria de Sampson, que fica por isso como possibilidade não desmentida, e nada mais. Os fatos encontrados, e conforme a sua interpretação que a seguir propomos, parece que permitem estabelecer uma origem e mecanismo diferente para o ovário, (endometriose propriamente dita), e para a trompa e útero, (adenomiose.)

## O V Á R I O

2.<sup>o</sup> — No ovário de mulheres hiperfeminis sem passado bem claro de infecção com cistos alcatroados, (de sangue viscoso), onde estava sendo impossível achar endometriose, às vezes se descobre no interior das tumorações produzidas sob o aspecto de complexo clínico lúteoanovular um pequeno foco nítido de endometriose: algumas formações pseudoglandulares no seio de um tecido de aspecto jovem, e que se continua com o tecido de transformação da granulosa de antigos cistos luteínicos. Além dessa continuidade ainda se verifica uma aproximação pela coloração e pela estrutura das células e do seu arranjo: (R., 821).

## Ú T E R O

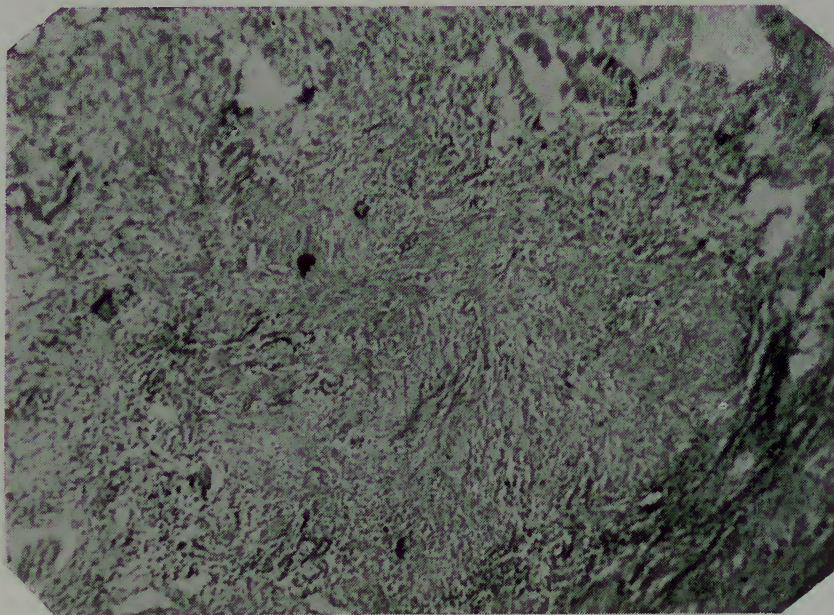
No útero, e mais frequentemente nas hiperfeminis hipercorticais, e quando apresentam intensa hemorragia com grave estado nas proximidades da menopausa, sem passado mórbido, pode-se verificar, ao lado de intensa proliferação e secreção concomitantes no endométrio, apenas uma irregularidade demasiada na linha que separa a camada basal da camada muscular. Entretanto, nessa zona de irregularidade que apenas merece o nome e classificação de adenomiose, verifica-se um achado de grande importância, (R. 2617): existem tractos de zonas



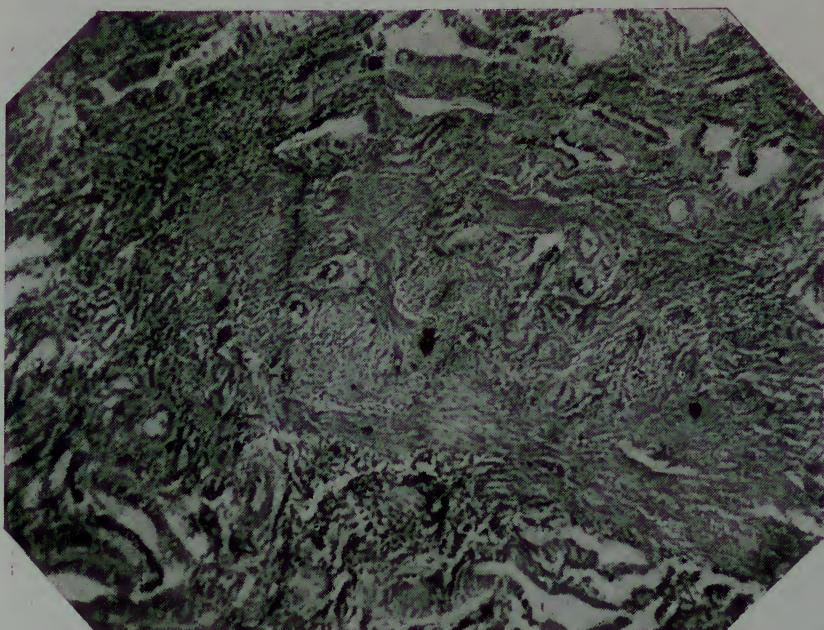
musculares mal coradas, de fibras pequenas como se tivessem sido cortadas, e adensadas, no meio de uma ou duas camadas de tecido conjuntivo que irregularmente se continua com o tecido conjuntivo normalmente existente entre os feixes musculares, e se continua também, para o lado oposto, com o tecido endometrial de maturação descontínua acima descrito.

### T R O M P A

Na trompa, quando se tem a oportunidade de examinar uma paciente, em geral hipofeminil, e em geral com metrite recente, e se retira da trompa um nódulo que por insignificante apenas faz pensar na salpingite ístmica nodosa, pode acontecer que, procurando o substrato histológico para a distinção entre a tuberculose, a blenorragia e outras infecções, se ache um aspecto muito particular de formações pseudoglandulares em toda a espessura da trompa, e até no seio do tecido conjuntivo, vizinho à trompa, para o lado do ligamento largo: (R. 504.) O conjunto desse surto agudo de endometriose tem um valor a meu ver único, porque permite verificar todas as fases da formação da pseudoglândula, e verificar que essa glândula, ou pseudoglândula começa a se formar ao mesmo tempo que as células fixas do tecido conjuntivo encostadas no músculo tomam caracteres de rejuvenescimento. Nestes casos, não se descobre a alteração das fibras musculares vizinhas, há pouco referidas, para o útero. Portanto,



*Fig. 2: Nota-se no centro uma zona de músculo uterino, ao redor do qual se encontram formações glandulares recentes, sendo que as mais centrais estão acompanhadas de raras células com os caracteres de estroma endometrial. Em cima e à direita, ponto equidistante do miométrio e da cavidade uterina, (livre da pressão, tendência para maior dilatação vascular que facilita a vinda de hormônios), vêem-se glândulas de intenso e rápido desenvolvimento. (R. 3018).*



*Fig. 3: O corte está feito junto do corte anterior: os feixes musculares estão entremeados de glândulas; o estroma que rodeia as glândulas cora-se mais intensamente, e é acompanhado de células redondas com aspecto de linfócitos. Este corte, mais próximo, que o anterior, da cavidade uterina, induz a pensar que as células jovens e as glândulas dissociaram o tecido muscular. (3018).*



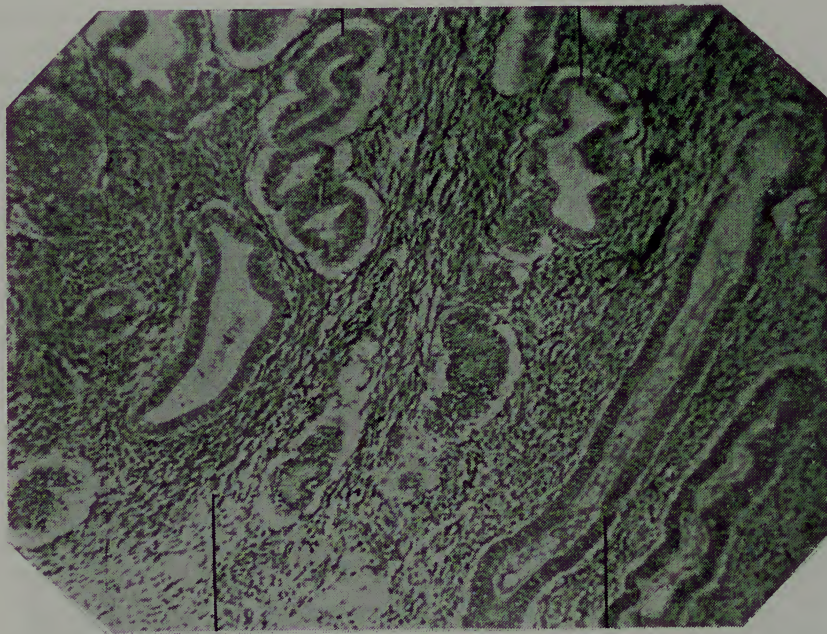


Fig. 4: À direita estroma intenso, fase proliferante com tubos longos e com vitalidade muito maior que à esquerda, onde há fase secretória e edema com infiltração linfocitária maior. (R 2617).

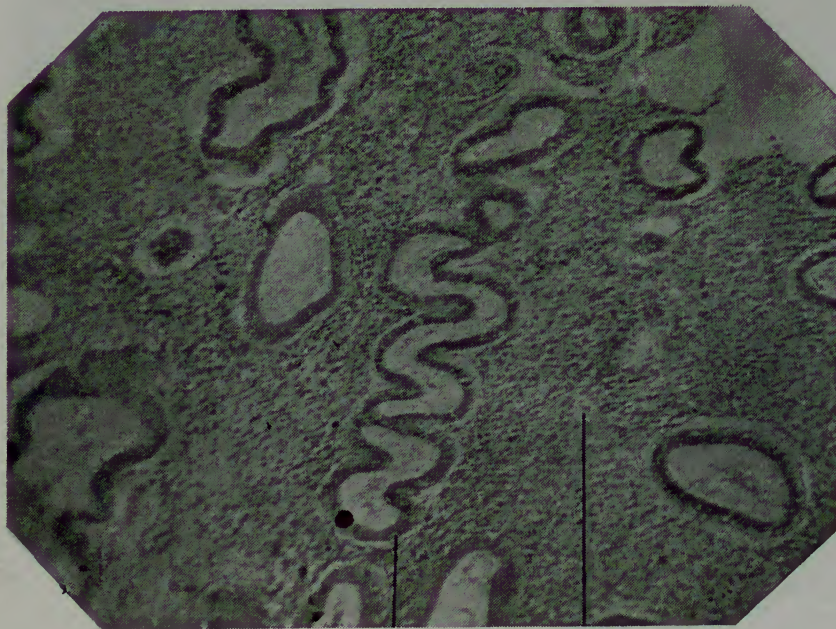


Fig. 5: Maior edema, maior secreção, regressão estromatosa, tubos glandulares com tendência à dilatação. (R 2617.) Corte junto ao da fig. 4.



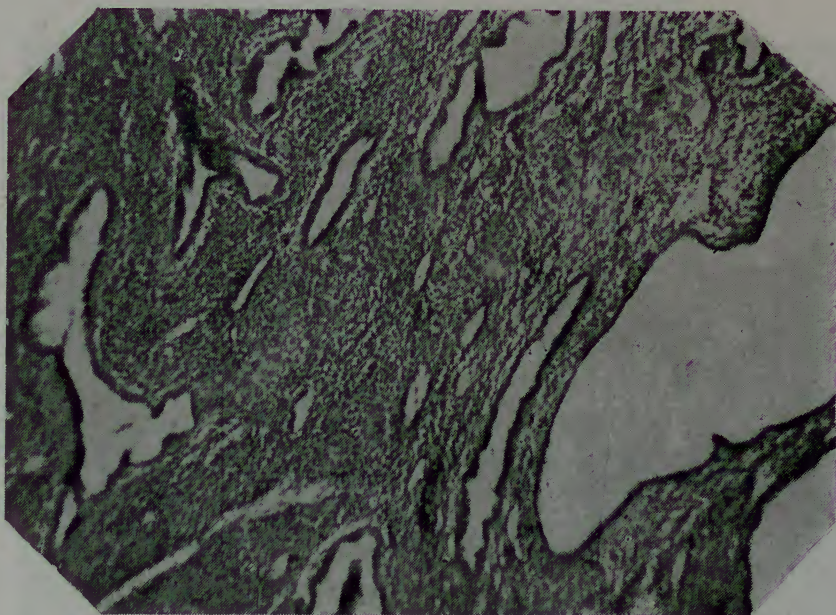
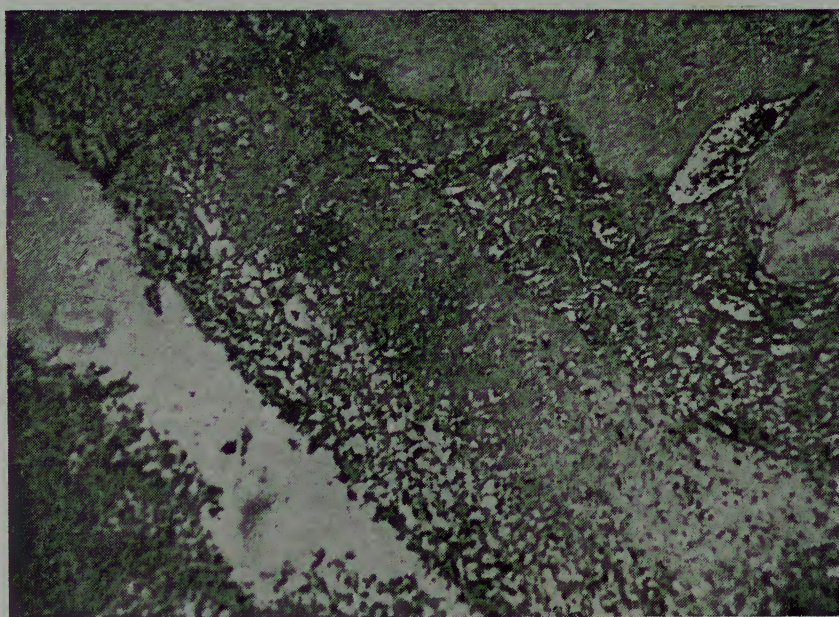


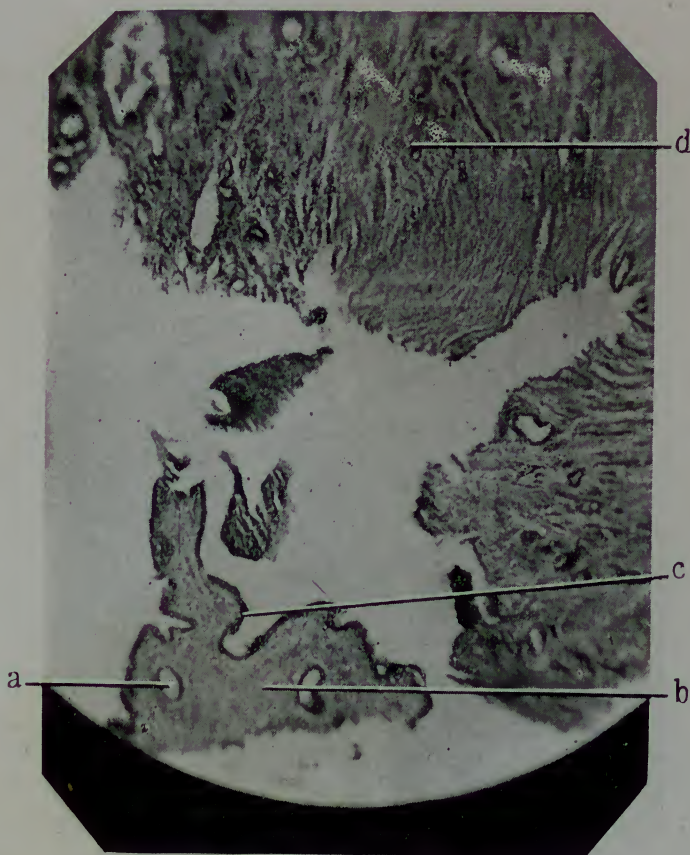
Fig. 6, (R 2494): À esquerda a transformação secretória atingiu às glândulas encostadas no músculo: a basal sofreu essa modificação num caso (2494), de hipertrofia total do endométrio com amenorréia de alguns meses em vésperas da menopausa, (ainda não iniciada.) Cisto do corpo lúteo, nódulos de fibromioma uterino e edema geral do útero, além de lesões de anexite. Tais achados apoiam a idéia de que a pressão abaixada auxilia o papel da irrigação sanguínea no desenvolvimento das glândulas: além do edema, esta doente deixava notar atonia do miométrio ao toque combinado.



*Fig. 7, (R 821): o corte, com leve aumento, mostra as alterações encontradas na procura de endometriose na parede de enorme cisto de um complexo lúteo-anovular; o que domina é uma infiltração sanguínea repetida da parede, com sucessivas camadas de pigmento sanguíneo. Em baixo e à esquerda, um tecido que se continua com restos de granulosa e tem uma morfologia e uma reação tintorial que o aproxima tanto da granulosa como de um tecido conectivo.*



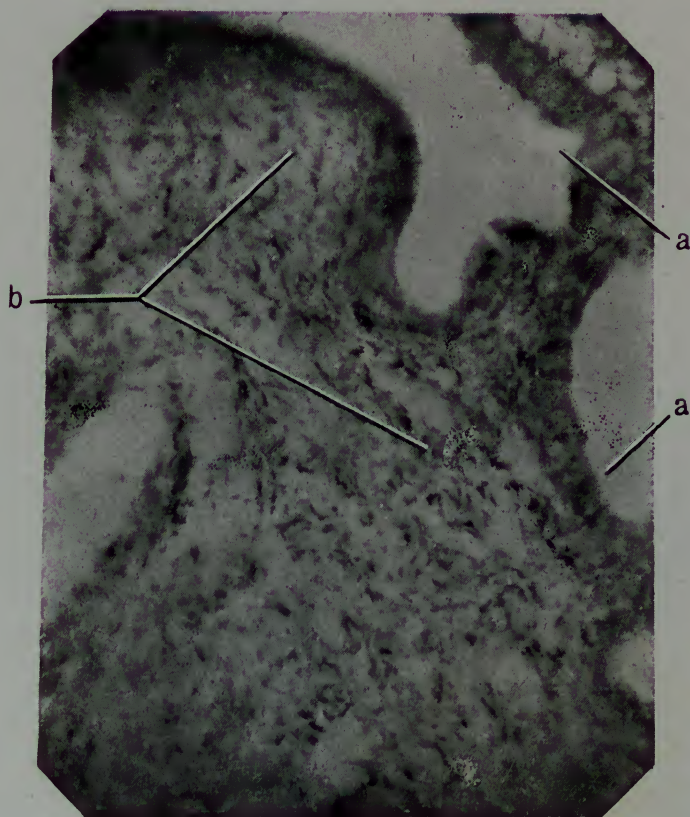




*Fig. 8 (R 821): depois de muitos cortes achou-se ao lado do da fig. anterior este foco de glândulas, num estroma quase igual ao anterior.*

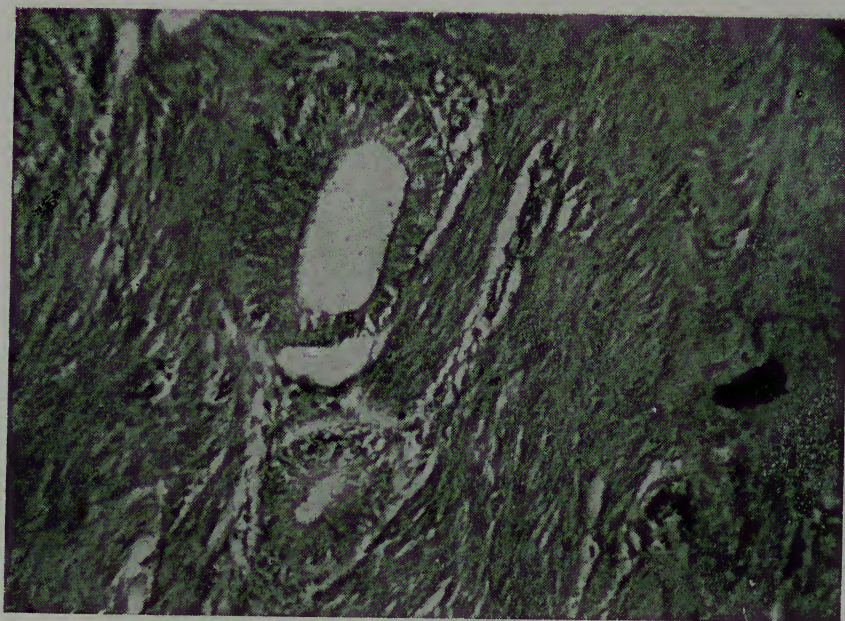


*Fig. 9 (R 821): detalhe da figura 8.*



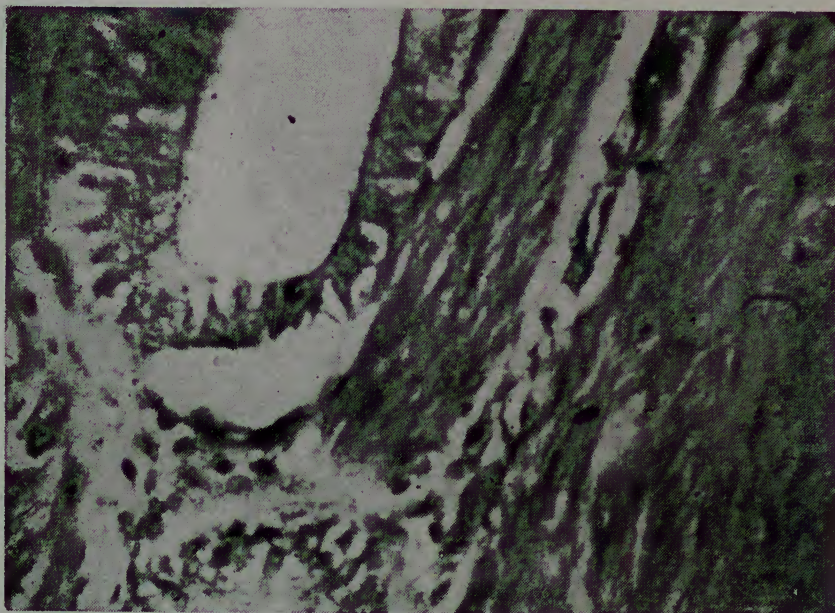
*Fig. 10 (R 821): Transformações menos acentuadas que as da fig. 8.*



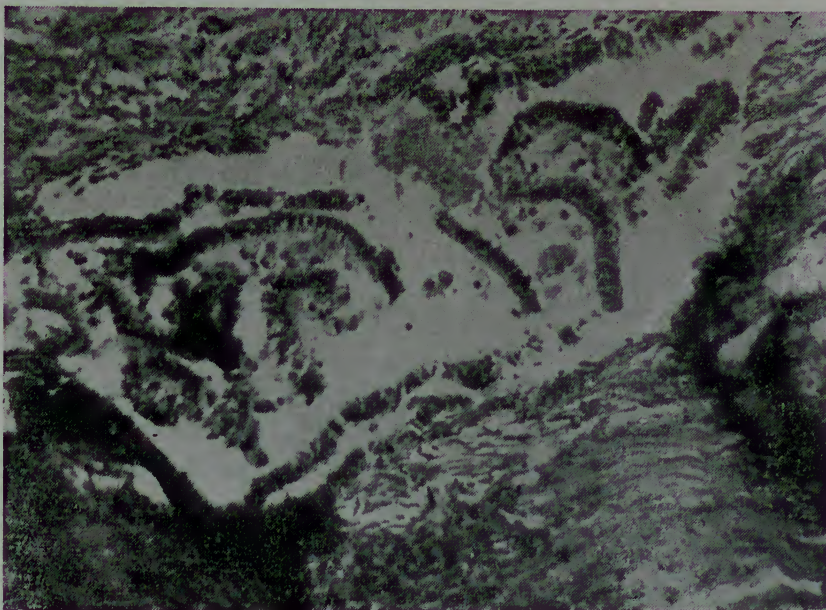


*Fig. 11, (R 2617): na região da basal, duas glândulas cujas células tocam o músculo uterino, de que estão separadas apenas por uma camada parecendo endotélio e algumas células com aspecto de linfócitos, e a glândula menor pela metade rodeada de tecido citógeno, e a maior com um foco citógeno à direita e em cima, pois que as células arredondadas e ovais restantes são raras. Ao lado direito da glândula maior aparece um feixe muscular que termina em baixo, contra a outra glândula, como se tivesse sido cortado por ela. Esse feixe está separado para a direita por um tecido intersticial que em cima parece ter caracteres conjuntivos e em baixo se aproxima muito dos caracteres do estroma uterino com o qual se continua.*

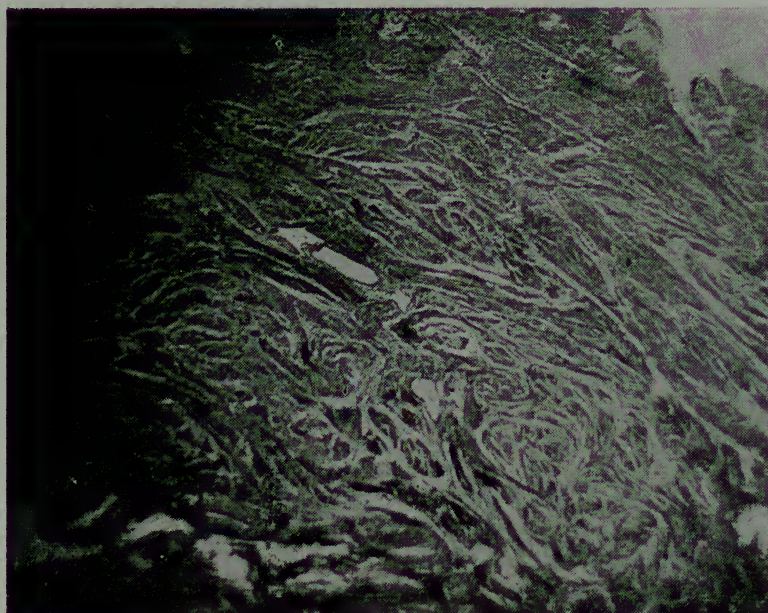




*Fig. 12 (R 2617): detalhe do aspecto anterior, entre as duas glândulas.*

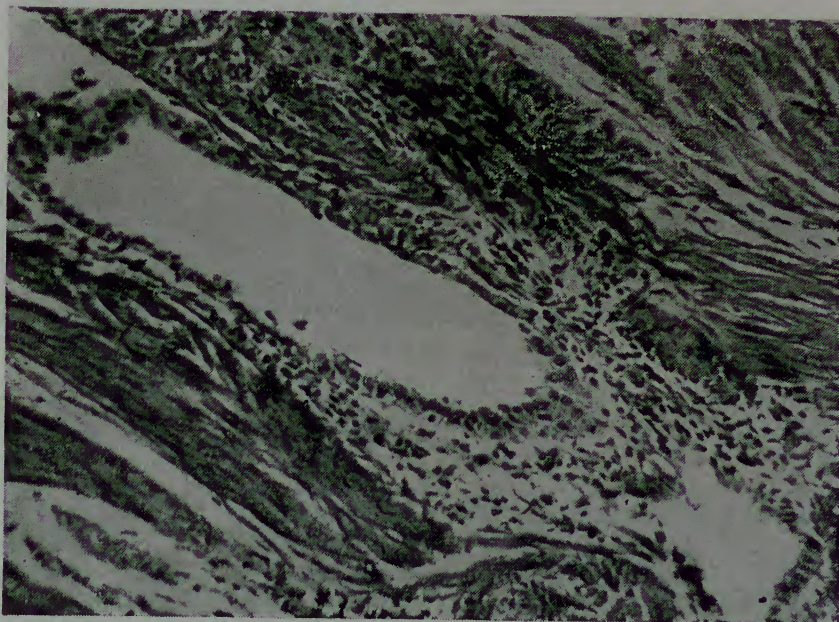


*Fig. 13 (R 504): nesta primeira microfotografia do registo 504, aparece uma cavidade no seio da parede tubária, cujo revestimento epitelial foi descolado, e mostra a base de tecido conjuntivo-muscular em que repousava, com algum edema, algumas células com aspecto de estroma uterino, além de sinais de inflamação discreta, subaguda, sem eosinofilia, sem células gigantes nem plasmáticas.*



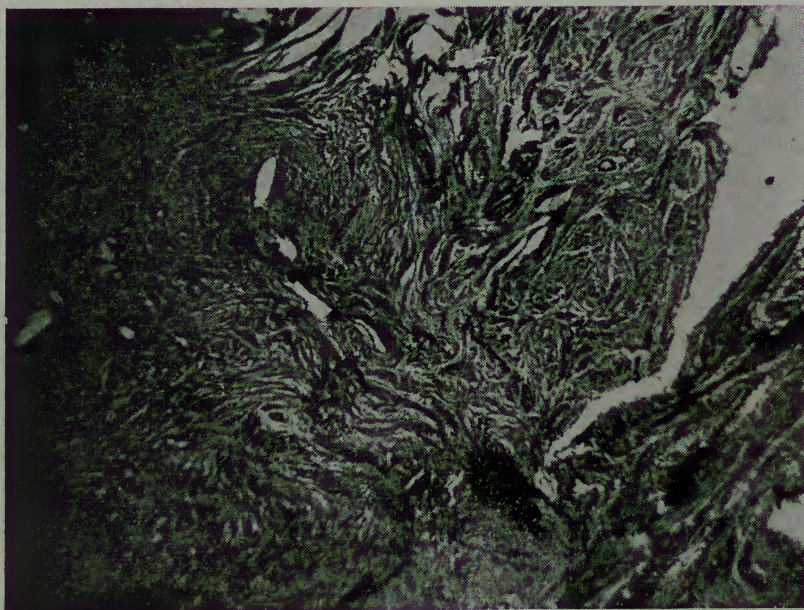
*Fig. 11, (R 504): ao lado do anterior, mostra um trato da trompa todo semeado de espaços com recente transformação endometriósica, por assim dizer em estado nascente, pois existem tôdas as fases que se poderiam exigir para nelas fundamentar a interpretação que fizesse nascerem do tecido conjuntivo intersticial o tecido citógeno e o epitélio glandular. Veja-se um ponto do centro desta figura pormenorizado na figura seguinte.*



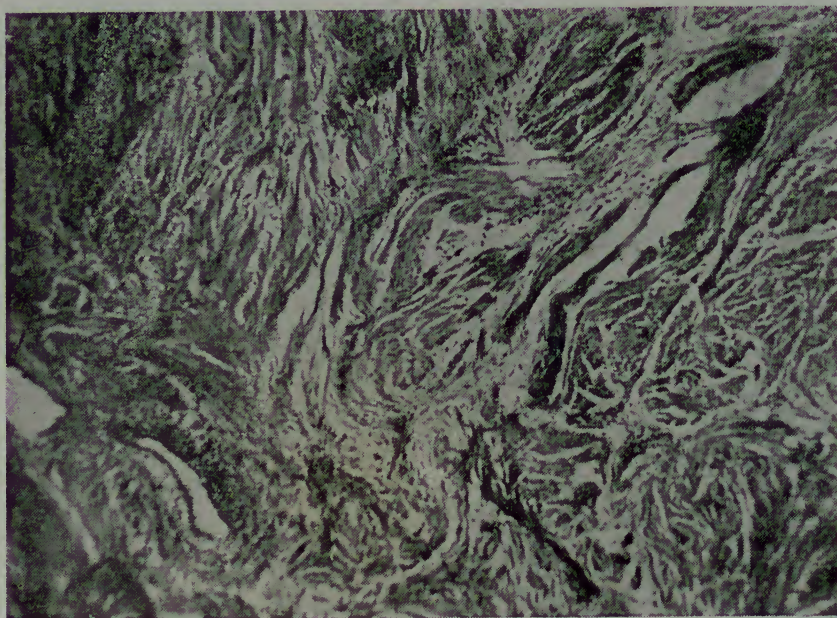


*Fig. 15, (504): detalhe da anterior, mostrando células estromatosas disseminadas nos interstícios músculo-conjuntivos. Das três glândulas em formação no centro onde êsse tecido é mais denso, a maior, no centro, tem a parte inferior já com células ordenadas em epitélio, e com uma basal, contra o músculo, como se (!) a contração muscular ajudasse essa ordenação celular, semelhante à ordenação das células conjuntivas na bainha tendinosa, nos higromas, em falsa metaplasia de Aschoff. A cavidade inferior tem uma parte em que a ordenação e a estrutura glandular já é completa, para a direita.*



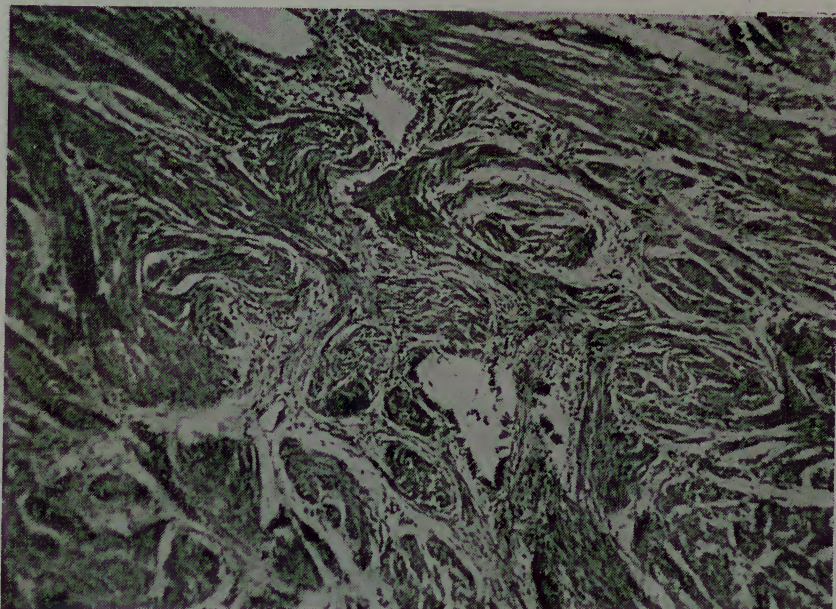


*Fig. 16, (R 504): outro aspecto do mesmo corte, onde se vê que continua a mesma disseminação da endometriose; os espaços estão forrados de tecido neoformado; examinemos a um maior aumento a parte central, destacando a cavidade em forma de vírgula.*

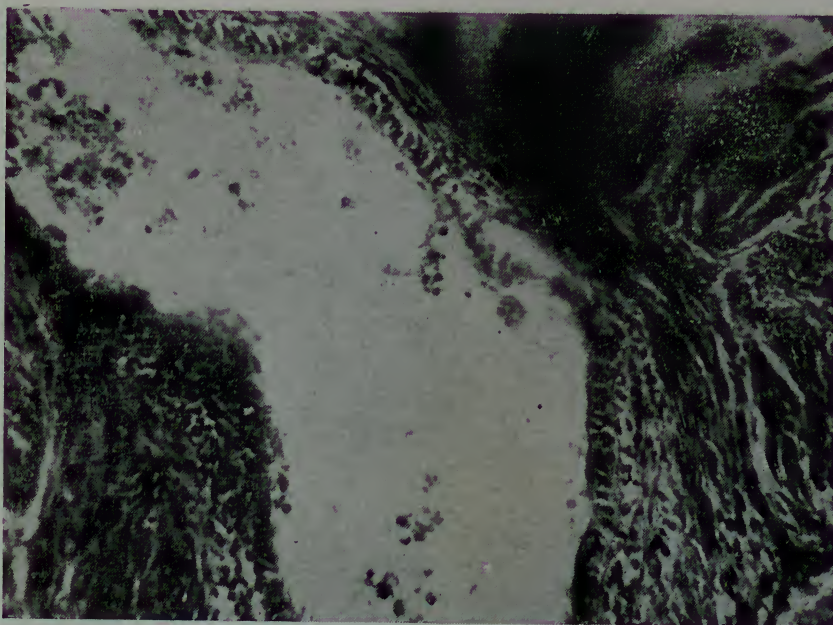


*Fig. 17, (R 504): detalhe da parte central da fig. 16; tecido citógeno disseminado, dentro ou ao lado do qual se nota o arranjo em forma de glândula de células epiteliais.*



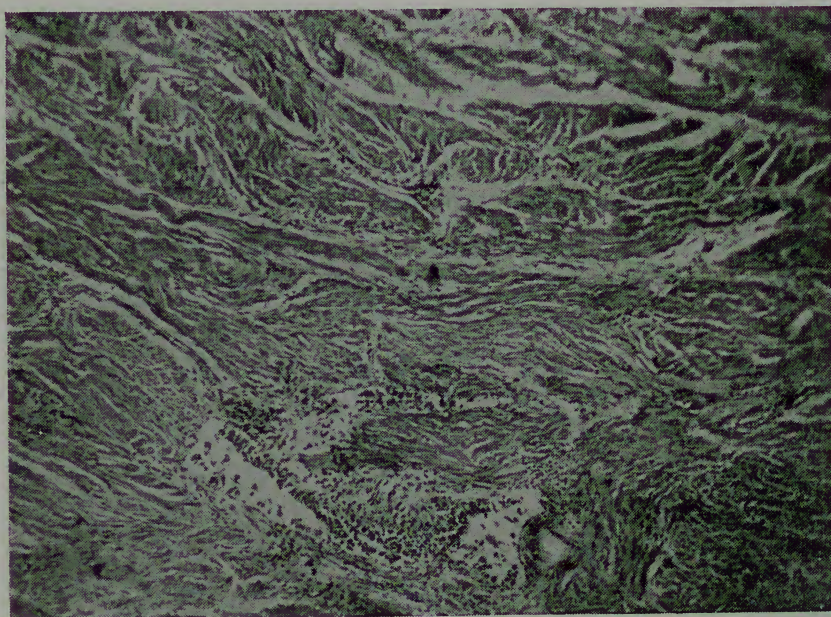


*Fig. 18, (R 504): outro detalhe da fig. 14, continuando a parte inferior do primeiro detalhe, que já ficou em 15, e que mostra a difusão do processo; em baixo se vê nova glândula, ao lado do início de outras menores, rodeadas de tecido citógeno.*

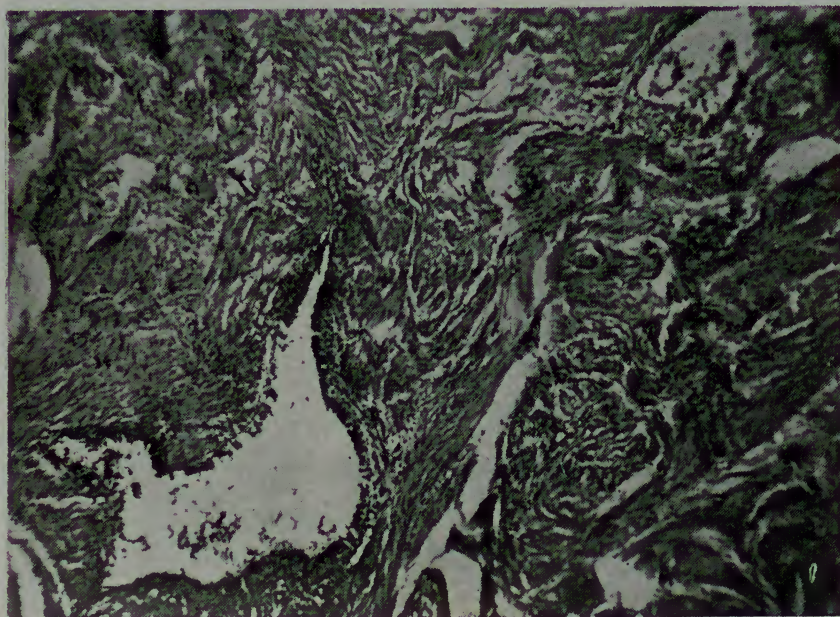


*Fig. 19, (R 504): sempre no mesmo corte, uma cavidade entre feixes musculares, forrado de tecido citógeno, e sobre este o epitélio glandular, salvo ao nível do esporão central, onde o estroma é mais abundante e está sem revestimento.*



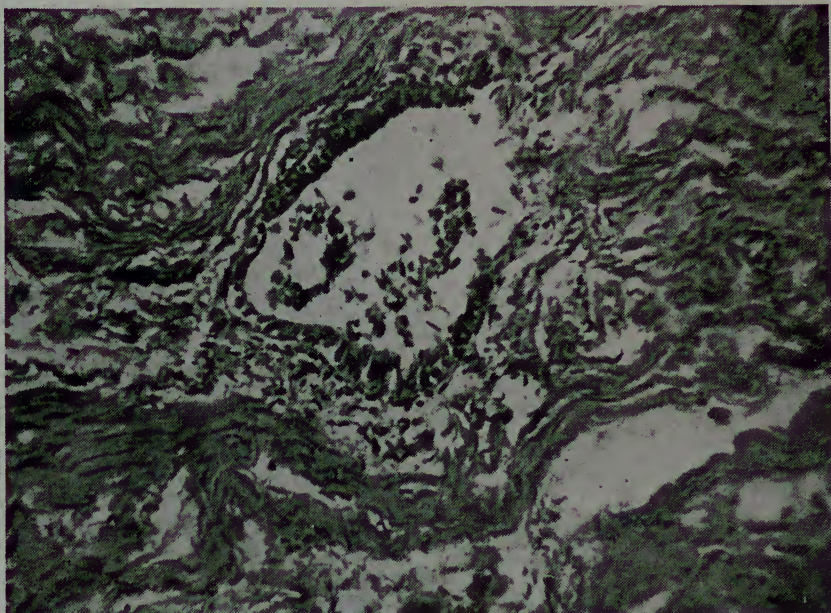


*Fig. 20, (R 54): em baixo e no centro as células de nova formação estão mais adensadas que no resto da fotografia, e pode-se surpreender um comêço de ordenação glandular na massa estromatosa.*

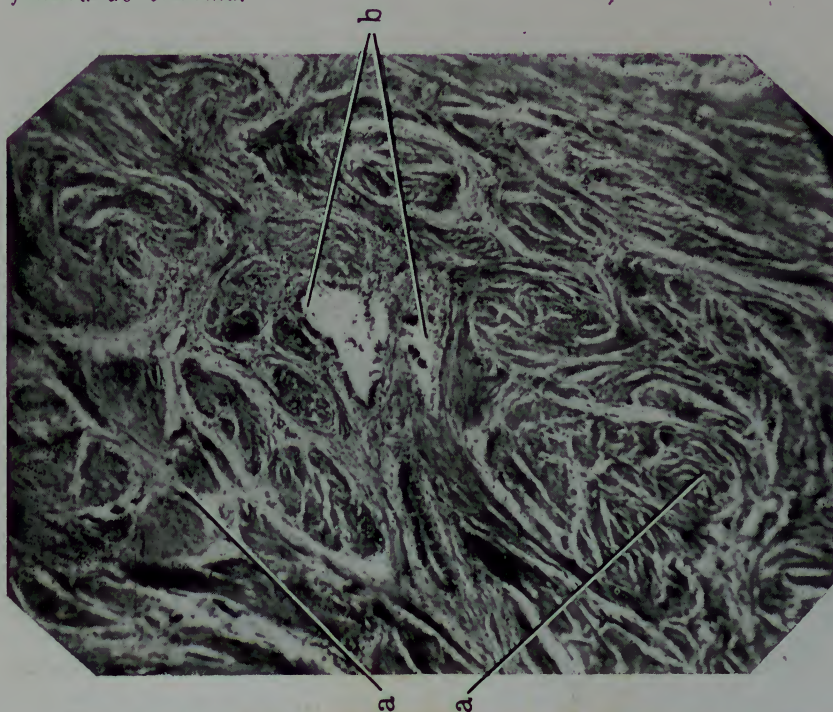


*Fig. 21, (R 504): um aspecto na periferia da parede tubária, com poucos feixes musculares e com tecido elástico na parte superior; vêem-se cavidades revestidas de células epiteliais.*





*Fig. 22, (R 504): formação glandular com epitélio repousando em estroma no centro de tecido elástico; o aspecto sugere a origem conjuntiva do estroma.*



*Fig. 23, (R 504): aspecto um pouco abaixo da figura 18, mostrando, na parte inferior, uma formação glandular aproximada à forma tubular.*



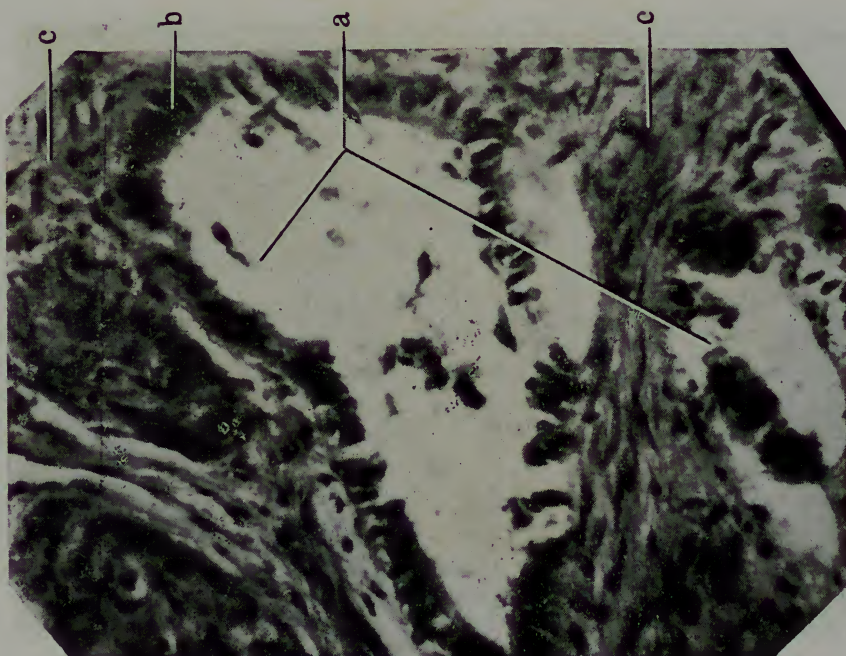


Fig. 24, (R 504): um detalhe da precedente, mostrando o epitélio e a sua relação com os feixes musculares, através de raras células de estroma.

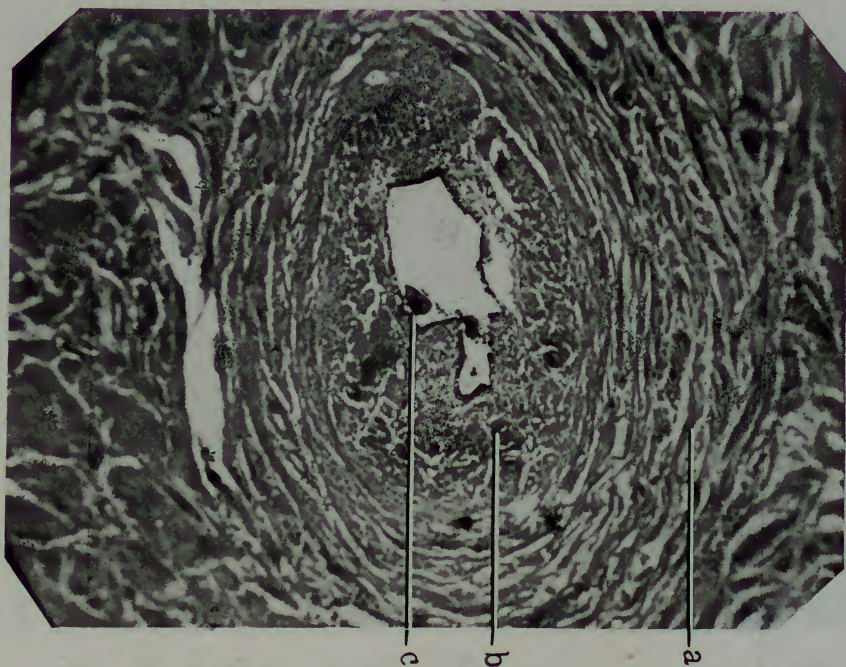


Fig. 25, (R. 504): ao passo que bem perto há pseudo-glândulas rodeadas de abundante estroma, (b), que afastou em forma oval a massa muscular para (a).





*Fig. 26, (R. 3196): o corte mostra a parede de um grande cisto chocolate, num caso com o diagnóstico macroscópico de endometriose do ovário; não se achou endometriose; vê-se a superfície interna da parede do cisto, com antigos depósitos de pigmento sanguíneo; vê-se, no centro, uma saliência que faz um folículo atrésico, e, mais para a direita, um folículo que abriu para a cavidade do cisto, e ainda conserva um coágulo aderente. Isso faz pensar na ruptura folicular para o centro do ovário, onde a pressão fica menor, após o desaparecimento ou diminuição do sangue.*

não pode haver dúvida quanto ao papel da fibra muscular lisa, isto é: não temos necessidade de interpretar aquela alteração do músculo, para concluir, ou pela sua transformação em tecido citógeno, como pensam Brines e Blain, ou pela destruição da fibra muscular, como me parece que sejá, segundo a minha interpretação.

## EM CONJUNTO

Em conjunto, a mais documentada explicação parece ser que tôdas as endometrioses provêm, direta ou indiretamente, de um processo de regressão do tecido conectivo situado entre os feixes musculares do útero ou da trompa. Depois da regressão, e readquirindo caracteres de diferenciação embrionária, dá-se a transformação em tecido citógeno, com caracteres do estroma do endométrio e este estroma citógeno produz a acomodação glandular, a favor de um duplo efeito mecânico-hormonal, devido à ação da estrina e das contrações das fibras musculares vizinhas.

3.<sup>o</sup> — A-pesar-de serem anovulares as últimas regras, pode existir o corpo

lúteo. Entretanto, só depois do exame é que se pode verificar que os sinais foram produzidos por antigos ou deficientes corpos lúteos.

Ora, é precisamente a subcategoria hiperbasófilo-cortical que entre as hiperfeminis brevilineas dão mais luteína. E' de uma mulher dêsse tipo o molde de uma caduca completa, bitubo-útero-cervical, da estampa 6.<sup>a</sup>, onde houve intensa e total decidualização.



ESTAMPA VI

*Fig. 27. - Caduca do útero, trompas, e de parte da cervice. Inclusão feita pelo prof. Pereira Filho. Fotografia com luz lateral. (Rev. dos Cursos, ano XVIII, n.º 18, pg. 27.)*

*Notam-se cortes lineares, sem destruição, sem perda de substância, nas proximidades dos ostios tubo-uterinos, assestados no ponto anatômico em que a mucosa e a caduca são menos resistentes, por mais delgadas.*

A falta luteal é ilusória no complexo lúteoanovular, e corresponde a outro paradoxo visível antes da operação: repetidas biopsias mostram em várias fases do ciclo um endométrio sempre demorado em fase secretante, ou com escassa transformação, numa múltipara que até há pouco tinha suas regras normais.

Mas aí precisamente reside a utilidade do complexo ser conhecido, a de saber que por essa biopsia ele já pode ser suspeitado, e principalmente de saber que a curetagem não deu hiperplasia, e no entanto, a parede do útero pode

guardar a adenomiose. No caso do registro 3018, acima referido, o endométrio estava em repouso ou escassa regeneração, e o útero mui levemente aumentado, para as condições individuais da multipara megaloplâcnica. No ato operatório, não apareceu um ovário envolto em aderência e o outro transformado numa tumoração com sinais de luteína: não havia o complexo lúteoanovular, os ovários não estavam mecanicamente impedidos de desprender um óvulo. Mas o útero, retirado, mostrou a adenomiose. Mas a hemorragia repetida, e as contrações dolorosas do útero, se derem a esfoliação precoce da mucosa, já podem explicar a esterilidade tão frequente e tão precoce nas mulheres com endometriose, tão precoce que pode preceder de alguns anos a revelação da moléstia. Nessa hipótese, não haveria necessidade de apelar para uma esterilidade por barreiras de periovarite. A esterilidade não precisaria mais que as repetidas perdas sanguíneas dolorosas, para ficar esclarecida, além de estados endocrinopáticos.

A barreira ou véu de periovarite latente esclarece o caso de biótipos hiperfeminis, que têm endométrio secretante, e bloqueio do óvulo. Os pesquisadores pouco têm olhado para a morfologia das pacientes: e quando olham é para ver nelas a insuficiência genital, o infantilismo, ou pelo menos a hipoplasia. A razão não seria somente a maior frequência das hipofeminis e displásicas entre as atacadas de endometriose. Mas, provavelmente, porque as mulheres subnormais e displásicas não oferecem dificuldade para explicar os sinais premunitórios da endometriose, como o útero pequeno, a dismenorréia, a menarca retardada, a esterilidade, etc.

Talvez por isso não se tenha prestado atenção aos outros tipos, dedicando-lhes mais demorado estudo, e ainda porque nas mulheres com insuficiência genital a persistência de epitélio proliferante é mais frequente. O bloqueio do óvulo no complexo inicial mostra como se pode explicar a endometriose nas mulheres sem deficiência genital, isto é, sem hipoplasia genital.

Nas proximidades da menopausa, lesões muito menores do que as verificadas nas jovens já podem dar o complexo lúteoanovular.

Talvez porque ovários e hipófise começam a envelhecer, perdendo o vigor da secreção. Essa interpretação está de acôrdo com duas idéias que ultimamente começam a afirmar-se: refiro-me à idéia da economia de estrina pela histerectomia, economia que permite sua ação contra a gonadotropina; e, em segundo lugar, à idéia que o hormônio gonadotrópico da menopausa não surge na urina por ser produzido em excesso, mas porque diminuiu a capacidade de sua assimilação pelo ovário envelhecido.

(Quando consumidores recusam os artigos, estes podem congestionar o mercado, sem aumento da produção; tal se dá no simile econômico.)

As lesões que compõem o complexo lúteoanovular, à primeira vista, lembram o cisto do corpo amarelo *persistente* e certas gravidezes tubárias sem ruptura. Entretanto o complexo tem uma história de mais cronicidade, mais longa, e os dois ovários estão sempre envolvidos e bloqueados. Além disso, a reação de gravidez pode ser positiva em ambas aquelas lesões; nelas também a curetagem ou a biopsia mostraria, se tentada, glândulas de secreção, como no complexo (2617): as micro-fotografias do registro 821 pertencem a um caso nessas condições, e a-pesar-disso, e de outras razões, as formações de endometriose eram raríssimas, e a côr amarelada largamente dissiminada, pôsto que pálida, numa parede de centímetros de espessura, e lardácea de aspecto. A distinção se faz mais pelo conjunto, daí a vantagem do emprêgo da palavra complexo, que afasta a idéia do mero cisto persistente, sem periovarite latente.

Em resumo: a ação anterior do corpo amarelo tem importância, por estar de acôrdo com o biótipo, e o complexo se constitue pela alteração do corpo lúteo, motivada pelo bloqueio em redor dos ovários. As mais das vezes trata-se de pacientes que no último parto tiveram uma infecção puerperal.

A doente do registo 821, que passava a maioria do seu tempo com quinze dias de febre de mais ou menos 38 graus, e depois de quinze dias de hemorragias apiréticas, voltava a ter outro ciclo mais ou menos igual de febre sem hemorragia, está há seis anos completamente curada, a-pesar-do grande volume da tumoração amarelada, e da longa história de sofrimentos. Isso faz pensar na possibilidade de uma ovulação feita para dentro da cavidade encistada, isto é, na possibilidade de um corpo lúteo preso dentro do bloqueio. Mas o fato não pode ser concretizado, como muitas outras hipóteses nestes domínios de patogenia de endometrioses. Sugere-se a idéia, afastam-se as circunstâncias e fatos contrários, mas a teoria fica sem uma comprovação suficiente. (foto 3196, 2494) porque não foi possível acompanhar tôdas as fases da evolução que desfechou nesse complexo anovular.

A expressão *corpo lúteo persistente*, isto é, a persistência pura e simples, não indica as grandes lesões do ovário visíveis no complexo. Lembra o fato das "*hipertrofias ováricas alternantes*", expressão defeituosa, pois há apenas demora na duração do corpo lúteo, que aparece em forma de cistos alternados num e no outro ovário, e passam com o diagnóstico de gravidez extrauterina ou cisto do ovário. O complexo lúteoanovular terá sido classificado ora como gravidez ectópica, ora como luteoma, ora como anexite, raramente como endometriose. Só o exame histológico mostraria endometriose, dentro da massa anexial bloqueada.

## Resumo

I.<sup>o</sup> — A endometriose que se acompanha de falta ou deficiência de corpo lúteo predomina entre: (na ordem de frequência decrescente:)

- 1.<sup>o</sup> — as mulheres *infantis*, na categoria das DISPLÁSICAS.
- 2.<sup>o</sup> — as *hipoplásicas*, na categoria das SUBNORMAIS.
- 3.<sup>o</sup> — as *hipofeminis*, na categoria das NORMAIS.

II.<sup>o</sup> — A endometriose que se acompanha de grande ou leve hiperprodução de luteína predomina (também na ordem decrescente) entre:

- 1.<sup>o</sup> — as mulheres *hiperfeminis* basófilo-corticais, na categoria das NORMAIS brevilineo-estênicas;
- 2.<sup>o</sup> — as mulheres *hiperfeminis* hipertiroidéas, na categoria das NORMAIS longilíneo-astênicas;

III.<sup>o</sup> — Quanto aos cistos lúteos:

- 1.<sup>o</sup> — as longilíneo-astênicas hipertiroidéas preferem a forma clínica de persistência luteal simples, que alguns chamaram hipertrofias ováricas alternantes;
- 2.<sup>o</sup> — o aspecto anatômico do complexo lúteoanovular tem aparecido com preferência para as mulheres hiperfeminis brevilineo-corticais, na categoria das NORMAIS;
- 3.<sup>o</sup> — o complexo lúteoanovular produz menstruações anovulares com endométrio hipersecretório, em vez de hiperplasia proliferante;
- 4.<sup>o</sup> — é provável que os cistos luteínicos aderentes, do tipo lúteoanovular, sem endometriose verificada, sejam produto de endometriose desaparecida em processo de regressão, ou cura espontânea, por débil estri-mismo.
- 5.<sup>o</sup> — Em antigos cistos lúteos o tecido citógeno provém da granulosa, e, na trompa e útero, do tecido intersticial entre os feixes musculares.

## Summary

I — Predomination of endometriosis, which is accompanied by absence of the corpus luteum, can be observed (in decreasing frequency order) among:

- a) infantile women, in the displasic category;



b) the hypoplasics, in the subnormal category

c) the hypofeminines, in the normal category.

II — Endometriosis accompanied by a heavy or slight hypersecretion of lutein, prevails (also in decreasing order) among:

a) hyperfeminine basophilo-cortical women, in the normal brevilineo-sthenic category;

b) hyperfeminine hyperthyroids, in the normal longilineo-asthenic category.

III — As to the luteal cyst:

a) the clinical form of simple luteal persistence, called by some "alternating ovarian hypertrophy", is preferred by longilineo-asthenic-hyperthyroids;

c) the luteo-anovular complex causes anovular menstruations with endometrial hypersecretion instead of proliferant hyperplasia;

d) adherent luteal cysts of the luteo-anovular type, without verified endometriosis, are probably the result of an endometriosis which has vanished by way of regression or spontaneous cure, through a slight strinism;

e) in old luteal cysts the citogenous tissue originates from granular, and, in the Fallopian tubes and the uterus, from the interstitial tissue among the muscular bundles.

## Bibliografia

- 1 — FALLAS, R., e ROSENBLUN, G. — Endometriosis — A.J.O. e G. — 1940.
- 2 — BRINES (OSBORN A) — BLAIN (JAMES H) — ADENOMYOSIS OF THE UTERUS; (S.G. and O. — 76, 2)
- 3 — PHILIPP, E. e HUBER, H. — (Z. f., G.) 1<sup>a</sup>39, — DIE ENSTEHUNG DER ENDOMETRIOSE... —
- 4 — GOODALL, J.R. — Endometrioma Interstitiale' — J.O. and G. Emp: 940.
- 5 — GARDNER, WILLIAM S. — Normal and pathological developments from the cells lining the graafian follicle: (67, — 4. S.G. And O.)
- 6 — GOMES, MARTIM: O problema clínico da endometriose; — (A.G. — 1936.)
- 7 — BERARDINELLI, W. — Tratado de Biotipologia, 4.<sup>a</sup> edição.
- 8 — GOMES, MARTIM — Biotipologia feminina, (Anais da Faculdade de Medicina, ano 1.<sup>o</sup>, n.<sup>o</sup> 1).
- 9 — GOODALL, J.R. — A STUDY of ENDOMETRIOSIS, endosalpingiosis, endocervicosis, and peritoneoovarian sclerosis — 1943.

OBSERVAÇÃO: — Os “Arquivos Ginecológicos” do meu serviço agradecem a cortesia dos professores W. Castro, Desiderio Finamor, Orestes Moreli, e senhorita Sara Domingues, pelo auxílio prestado nas preparações.





## FICHA BIOTIPOLOGICA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA

- DO -

# PROFESSOR MARTIM GOMES

## OBSERVAÇÕES

Journal of Management Inquiry 23(4) 399-417 © The Author(s) 2014. Reprints and permissions: [sagepub.com/journalsPermissions.nav](http://sagepub.com/journalsPermissions.nav)

$$\frac{P_t}{A_1} = 0.492 < 0.4965 < 0.501$$

## ENFÊRMAS

## Displásicas

- cretinismo esporádico
- cretinismo endêmico
- raquíticas (1.<sup>a</sup> infância)
- osteomalácicas
- tônico-linfáticas
- acromegálicas
- hipófito-cachéticas
- hipófito-anãs
- adiposo-genitais
- hipersexuais precoces
- eunucoidismo hiperlongilíneo
- eunucoidismo obeso
- eunucoidismo regressivo tardio
- gigantismo
- infantilismo
- anãs primordiais
- raquíticas (2.<sup>a</sup> infância)
- condrodistróficas
- obesas
- magreza excessiva ou regional
- intersexualidade acentuada.

## SUBNORMALS

- Hipopláseas**  
**Atléticas**  
**Intersexuais**

## NORMALS

- Hiperfeminis**  
**Hipofeminis**

- Brevilfneas  
Longilfneas
- Brevilfneas  
Longilfneas

esténicas

asténicas

Variedades de  
temperamento:

[illegible]

Mensurações em ..... de ..... de 19 .....

Altura .....	Comprimento do tronco.....		
braçada .....	comprimento do braço.....		
cintura acromial .....	comprimento do membro inferior.....		
cintura axilar .....	relação	$\frac{\text{pelve}}{\text{axila}}$	$\frac{C}{D}$
cintura pélvica .....	relação	$\frac{\text{pelve}}{\text{acromio}}$	$\frac{C}{D}$
diâmetro acromial .....	relação	$\frac{\text{altura}}{\text{braçada}}$	
diâmetro axilar .....	relação	$\frac{\text{coxa}}{\text{perna}}$	
diâmetro pélvico .....	relação	$\frac{\text{p. torácico}}{\text{altura}}$	
Média das médias .....	relação		